Martínez del Campo (J.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE

LOS ESTRECHAMIENTOS DEL RECTO

PRINCIPALMENTE BAJO EL PUNTO DE VISTA DE SU TRATAMIENTO

TESIS INAUGURAL

Que para el exámen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia presenta al Jurado de Calificacion

JUAN MARTINEZ DEL CAMPO

Alumno de la Escuela de Medicina de México, practicante del Hospital general de San Andrés y miembro de la Sociedad Filoiátrica



MEXICO
TIP. Y LIT. DE «LA EPOCA.»—IGNACIO HARO Y COMP
ESCALERILLAS NUMERO 20

1885

Sr. Dr.
José Ma. Bandera
Pte.

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE

LOS ESTRECHAMIENTOS DEL RECTO

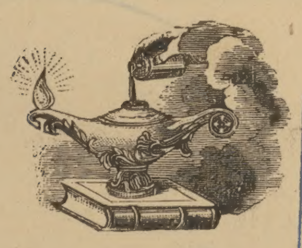
PRINCIPALMENTE BAJO EL PUNTO DE VISTA DE SU TRATAMIENTO

TESIS INAUGURAL

Que para el exámen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia
presenta al Jurado de Calificacion

JUAN MARTINEZ DEL CAMPO

Alumno de la Escuela de Medicina de México,
practicante del Hospital general de San Andrés y miembro
de la Sociedad Filoiátrica



MEXICO
TIP. Y LIT. DE «LA EPOCA.»—IGNACIO HARO Y COMP.
ESCALERILLAS NUMERO 20

1885

Al Bandera:

Como maestro y como amigo me ha llenado V. de una suma inmensa de consideraciones y me ha distinguido con su cariño: le estoy á V. por tanto muy obligado y me he permitido dedicarle mi trabajito inaugural en demostracion de verdadero aprecio y reconocimiento.

El autor.

México Julio 18/886.

Á LA SAGRADA MEMORIA DE MIS PADRES.

A MIS QUERIDOS HERMANOS,

JUSTO TRIBUTO DE FRATERNAL CARIÑO.

AL EMINENTE CIRUJANO

SEÑOR DR. RAFAEL LAVISTA.

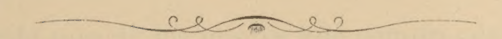
PUBLICO TESTIMONIO
DE RESPETO AL MAESTRO, DE ADMIRACION AL SABIO Y DE GRATITUD
PROFUNDISIMA AL NOBLE AMIGO Y PROTECTOR
POR LOS INMENSOS BENEFICIOS QUE SIEMPRE ME HA
DISPENSADO.



A MIS RESPETABLES MAESTROS LOS SEÑORES

DOCTORES AGUSTIN ANDRADE Y JOSE M. BANDERA,

A QUIÉNES SOY DEUDOR DE MULTIPLES CONSIDERACIONES.



RECIBAN LOS DISTINGUIDOS

DOCTORES DEMETRIO MEJIA Y JUAN J. RAMIREZ DE ARELLANO,

ESTA PEQUEÑA PRUEBA

DEL GRAN CARIÑO QUE LES PROFESO.

Durante el curso de mis estudios prácticos he tenido ocasion de observar algunos casos de estrechamiento del intestino recto.

Todos y cada uno de los puntos que comprende este estudio, ofrecen el mayor interés y se necesita un genio verdaderamente observador para apreciar con exactitud toda su importancia.

La frecuencia relativa con que se presenta este padecimiento en la práctica, los grandes sufrimientos á que están sujetos los desgraciados enfermos afectados de esta lesion, los peligros á que están expuestos y sobre todo los buenos resultados que he visto obtener á mi sabio maestro el Sr. Dr. Rafael Lavista, al emplear el tratamiento quirúrgico apropiado, me han decidido á escojer este asunto para mi tésis inaugural, sin tener la pretension de decir algo nuevo sobre él y sí con el deseo de dejar consignados los consejos que á este respecto nos ha dado tan distinguido cirujano.

Como mi objeto se reduce á tratar el modo de curar esta afeccion, me ocuparé aunque ligeramente de su etiologia y de

su patogenia por las estrechas relaciones que tienen estas con el tratamiento, segun veremos oportunamente.

No tengo la esperanza de llenar debidameute el objeto que me propongo. Mi reconocida insuficiencia me impide presentar un trabajo digno del respetable Jurado que me va á calificar, el cual, estoy seguro, tendrá esto en cuenta para otorgarme su benevolencia.

LOS estrechamientos del recto pueden dividirse en dos clases: funcionales y orgánicos. No nos ocuparemos de los primeros porque son los ménos importantes y regularmente desaparecen cuando cura la enfermedad de que son una consecuencia. Estudiaremos los orgánicos aunque no con toda la extension que el asunto requiere por no permitirlo la naturaleza de este trabajo.

ETIOLOGIA.

Al señalar las causas que ocasionan los estrechamientos del recto tenemos que hacer una division, para estudiar, primero: aquellas que pudiéramos llamar agudas, que son las ménos frecuentes y segundo: las que ocasionan las estrecheces lentas, crónicas que comprenden el mayor número de las que se presentan en la práctica y que á veces son las más difíciles de curar. Entre las primeras señalaremos la disentería, las colítis agudas y las lesiones traumáticas del intestino. Las segundas son todas aquellas que obrando de una manera lenta y gradual, provocan lesiones de nutricion de la pared intesti-

nal, ocasionando la estrechez definitiva del conducto. Entre ellas la que más constantemente da orígen á estos desórdenes es la sífilis en sus diversas formas y periódos, el cáncer del recto, los pólipos, las flegmasias consecutivas á perturbaciones vasculares como las hemorroides, etc.

Estas diversas causas ocasionan desórdenes distintos en la extructura del canal y reclaman por consiguiente diferentes tratamientos segun la alteracion que provocan, como diremos despues.

Hemos señalado entre las agudas la disentería; pues bien, en esta enfermedad algunas veces son de tanta importancia los desórdenes, que colgajos muy grandes del tubo intestinal son expulsados llevando la forma del intestino y comprendiendo todo el espesor de sus paredes. En ese caso queda una pérdida de sustancia muy difícil de reparar en su forma natural, pues están las paredes intestinales solamente constituidas por el tejido celular pelviano que prolifera abundantemente y llega casi á borrar la luz del canal.

Las colítis agudas pueden dar lugar á pérdidas de sustancia más ó ménos grande de la mucosa rectal que al cicatrizarse ocasionan estrechamientos más ó ménos importantes.

Las lesiones traumáticas de este órgano de cierta consideracion, ocasionan estrechamientos de distinta importancia segun es la de la lesion que los ha originado: así tenemos desde las simples bridas que ocupan una parte limitada de la pared intestinal hasta los estrechamientos que comprenden casi la totalidad de la circunferencia del recto.

Entre las causas que obran lentamente hemos señalado la sífilis que interviene de distintos modos en la produccion de los estrechamientos segun su forma y el período de su evolucion.

El cáncer del recto que es una de las enfermedades que provocan alteraciones de la mayor importancia, ocupa algunas veces toda la circunferencia de ese órgano y segun lo avanzado de su desarrollo, dará lugar á la diminucion más ó ménos grande del calibre del intestino.

Lo mismo podemos decir de los pólipos que aparecen en esta region y señalaremos para las hemorroides ulceradas, el espasmo poderoso del esfínter, que favoreciendo la cicatrizacion viciosa de esas pérdidas de sustancia, provocan tambien estrecheces del órgano.

PATOGENIA.

Enumeradas las causas que originan los estrechamientos del recto, diremos algunas palabras respecto de su patogenia. En las primeras el trabajo ulcerativo tiene por resultado destruir la mucosa rectal en una extension más ó ménos grande, y esta pérdida de sustancia es reemplazada por tejido de cicatriz que al retraerse disminuye el calibre del intestino, y como el poder de retraccion de ese tejido de cicatriz es tan grande, la estrechez se acentúa más y más cada dia, llegando á hacerse infranqueable, se puede decir, pues se borra casi completamente la luz del canal.

Para explicar la patogenia de las crónicas tenemos que apelar á la influencia evidente que tiene el proceso inflamatorio en la formacion de todos los estrechamientos. Hay una ley de patologia general que en nuestro concepto da cuenta perfectamente del modo de produccion de dicha enfermedad.

Antes de señalarla, diremos algunas palabras á propósito de las diferentes interpretaciones que han dado los patologistas á la influencia de la sífilis en la formacion de los estrechamientos rectales.

Desprèz creia que estos eran el resultado de chancros fagedénicos del ano ó del recto no cuidados. Gosselin los atribuye á un trabajo inflamatorio hipertrófico que se desarrollaria arriba del chancro anal. Otros cirujanos hablan de las placas mucosas como productoras de esta afeccion ó del sifiloma ano-rectal no cuidado que degenera, se vuelve fibroso y se retrae como asienta Fournier. Esta divergencia depende probablemente de la dificultad que han tenido los cirujanos para observar el principio de la afeccion y de las distintas circunstancias en que se han encontrado colocados al hacer este estudio. En efecto: las condiciones especiales del tubo rectal hacen difícil en muchos casos esta apreciacion: el calibre que presenta el recto es como se sabe considerable y por lo mismo el principio de la estrechez pasa desapercibido para el enfermo, que ó no tiene ningun síntoma, ó da poco valor á las ligeras molestias que siente, de suerte que no consulta al médico sino cuando pasado mucho tiempo el estrechamiento está muy avanzado, se han perdido tal vez las huellas de la

causa que lo originó ó el recuerdo de padecimientos que hayan tenido su sitio en esa region, como puede suceder con algunos accidentes sifilíticos. Entónces presenta un cuadro de signos racionales que obliga al médico á hacer el tacto rectal ó una exploracion con ayuda de instrumentos apropiados, que es el medio de hacer patente la existencia de la estrechez.

En algunos casos agudos se puede suponer la aparicion de esta enfermedad como consecuencia de otras que haya padecido el enfermo, así acontece, por ejemplo, con la disentería, en la que algunas veces, como hemos dicho, son expulsados grandes colgajos de la mucosa ó de todas las túnicas esfaceladas y llevando la forma del tubo intestinal. Pero no siempre sucede esto; por el contrario en la mayor parte de los casos crónicos se pierden las huellas del padecimiento primitivo.

La sífilis da lugar á manifestaciones muy variadas sobre el organismo y así como dá orígen á los estrechamientos de la tráquea, del esófago, etc, puede este padecimiento desarrollarse en el recto, debiendo considerarse como manifestacion tardia de lo que se llama sífilis visceral.

Pero si la influencia de ese estado constitucional en la patogenia de los estrechamientos no satisface completamente, es porque se olvida el participio que tiene en ella el proceso inflamatorio. Deciamos que hay una ley de patologia general que creemos explica bastante bien esta cuestion. Vamos á formularla.

"Siempre que el tejido celular es irritado, puede inflamarse, y una vez desarrollada la inflamacion, ésta ó se resuelve

ó se termina por la supuracion con sus consecuencias naturales, ó pasa al estado crónico dando lugar á la esclerósis del tejido inflamado."

Pues bien, que la irritacion sea originada por la inoculacion del chancro infectante, que sea por la placa mucosa, por el sifiloma, por las gomas etc., el proceso es el mismo: que la blenorragia rectal, el chancro fagedénico ó las ulceraciones de la disentería no sean curadas, y tarde ó temprano vendrán los estrechamientos: que en fin, existan padecimientos de los tejidos vecinos como los flegmones del hueco isquio-rectal, que trasforman á veces en tejidos lardáceos todos los pelotones adiposos peri-rectales, influenciarán indirectamente, pero de un modo indudable, la diminucion del calibre del intestino. En todos estos casos la irritacion que ocasionan cada una de esas causas, provocan la proliferacion del tejido conjuntivo primero y despues su retraccion.

Todos los canales de la economia están sujetos á esta ley que acabamos de señalar; ninguno de ellos escapa á su influencia: así vemos el esófago lo mismo que el recto y la uretra, el canal de Sténon y el canal lácrimo-nasal disminuir de calibre cuando están bajo la influencia del proceso inflamatorio.

De esta manera creemos que se puede explicar la patogenia de esta enfermedad cualquiera que sea la causa que le haya dado orígen; aun la sífilis, cuya influencia tambien se ha puesto en duda, se puede aceptar que está sujeta á esta ley, pues el proceso inflamatorio en esta enfermedad tiene que recorrer los periodos de que hemos hablado, es decir, la proli-

feracion del tejido conjuntivo primero y en seguida su retraccion.

Así no hay necesidad de atribuir á la sífilis ese poder especial, esa electividad para situarse en la última parte del intestino y estrechar su calibre, nó, sino que puede uno darse cuenta de la afeccion en cualquiera de sus periodos, bajo cualquiera de sus manifestaciones, del mismo modo que lo hacemos con todas las otras causas que son conocidas como productoras del estrechamiento rectal.

En resúmen: en los estrechamientos orgánicos del recto, cualquiera que sea su causa, su evolucion es la misma; desde la contusion seguida de flegmon hasta las diversas formas de ulceraciones, los procesos en último análisis se resuelven de la misma manera, lo que varia es el modo de efectuarse: la pérdida de sustancia, por ejemplo, de la mucosa rectal, es reemplazada por tejido de cicatriz, por tejido fibroso cuyo poder de retraccion es muy grande. En la irritacion intersticial determinada por un agente cualquiera, aunque los pasos son los mismos y el resultado final es idéntico, se verifica primero la proliferacion del tejido conjuntivo y despues su retraccion.

TRATAMIENTO.

Antes de ocuparnos de los diversos tratamientos que han sido propuestos para curar los estrechamientos del recto, debemos decir algunas palabras respecto de las formas clínicas

más generales que se presentan en la práctica, á fin de analizar el que conviene á cada una de ellas.

Para conformarnos con la clasificacion etiológica que hemos hecho de los estrechamientos, dividiéndolos en los que son producidos por causas agudas y crónicas, al hacer el estudio curativo seguiremos esa division é indicaremos en primer lugar la profilaxia de esta enfermedad, analizaremos despues los que pueden ser curados por el tratamiento quirúrgico ayudado ó nó del tratamiento médico, y, por último, citaremos aquellos estrechamientos que son enteramente incurables.

En muchos casos puede prevenirse la aparicion de la estrechez, atendiendo convenientemente la enfermedad que se sospecha puede producirla. Hemos hablado de la disentería, de las colítis agudas, de las lesiones traumáticas del intestino; pues bien, en todos estos casos se puede prevenir ó evitar la formacion del estrechamiento, atendiendo con el mayor esmero á la cicatrizacion de la pérdida de sustancia que puede darle orígen. Pero cuando á pesar de la vigilancia que el cirujano debe ejercer durante el curso de la cicatrizacion, ésta se hace viciosamente y acorta los diámetros del intestino, entónces no queda más recurso que operar el estrechamiento. Más adelante diremos cuáles son los medios de que la cirujía se vale para alcaanzar ese resultado, indicando sus ventajas y sus inconvenientes.

Entre los que son la consecuencia de una causa crónica, pueden presentarse varios casos. Veamos la sífilis, por ejem-

plo. Los estrechamientos incipientes que son debidos á ese estado constitucional, pudieran ser curados por el tratamiento específico local y general bien dirigido; pero cuando pasado mucho tiempo el estrechamiento está muy avanzado y se han producido grandes desórdenes en la estructura del canal, entónces, si bien es cierto que es necesario continuar el tratamiento específico, se debe ocurrir tambien al quirúrgico.

Los tumores del recto, cualquiera que sea su naturaleza, dan lugar á estrechamientos de ese órgano, y si bien es cierto que algunos tumores pudieran desaparecer bajo la influencia del tratamiento médico, en la generalidad de los casos hay necesidad de ocurrir al quirúrgico; y al ser extirpados, provocan la atrecia cicatricial por la pérdida de sustancia que dejan en los elementos de ese órgano; haciéndose necesaria la intervencion quirúrgica para devolver al canal su amplitud normal.

Las hemorroides que en ciertos casos pudieran ser curadas por los medios médicos, en otros muchos se recurre á su extirpacion, y esto dá lugar á pérdidas de sustancia de la mucosa rectal, orígen de la estrechez. Otras veces los tumores hemorroidales se ulceran, se cicatrizan viciosamente y disminuyen el calibre del intestino. En estos casos es necesario apelar á la cirugía para remediar ese accidente.

Algunos estrechamientos pudieran considerarse como incurables. En ese caso se encuentran los que son producidos por esas enormes pérdidas de sustancia de las túnicas intestinales en la disentería grave que es imposible reparar; haciéndose inútil todo tratamiento.

Los estrechamientos sifilíticos muy avanzados como el provocado por el sifiloma ano-rectal, muy voluminoso, tampoco pueden ser curados médica ni quirúrgicamente, pues los desórdenes en la estructura de los elementos que constituyen el órgano, son de mucha consideracion y no obedecen á ningun tratamiento.

Los que están situados muy arriba en el recto, tampoco son operables, pues podria alcanzarse el peritonéo y se conocen los accidentes terribles que son la consecuencia de la lesion de esa serosa.

Señaladas ya las principales formas de estrechamientos orgánicos del recto y el tratamiento que debe aplicarse á cada una de ellas, vamos á ocuparnos de los medios quirúrgicos que han sido aconsejados para curar esta afeccion, indicando cuál es, en nuestro concepto, el que presenta más ventajas, por ser éste el objeto principal de ésta memoria.

Dado un canal cuyos diámetros se han acortado, la indicacion es ensancharlo, devolverle su calibre normal. Para obtener este resultado se han propuesto diferentes procedimientos que vamos á señalar: tales son: la dilatacion gradual, la dilatacion brusca ó divulsion, la electrolísis, la cauterizacion, la rectotomía interna y por último la rectotomía externa. Daremos una idea de los cinco primeros, procurando apreciar los grandes inconvenientes que presentan y nos ocuparemos más especialmente del último, es decir de la rectotomía externa con las diversas modificaciones que se le han hecho, por ser, en nuestro humilde concepto, el único llamado á prestar positi-

vos servicios en la curacion de la enfermedad que estudiamos. La idea errónea que se tenia antiguamente sobre la naturaleza de los estrechamientos, al considerarlos siempre de naturaleza sifilítica, habia hecho imaginar la aplicacion directa de los medicamentos específicos por medio de mechas untadas con ungüento mercurial. Desault fué quien ideó este medio de curacion, y los que le sucedieron pensaban que el medicamento no era el que influia en la curacion, sino la aplicacion de las mechas en la luz del estrechamiento.

Se comprende muy bien que tratándose de una estrechez claramente específica y estando ésta en su principio, un tratamiento local y general bien dirigido pudiera obrar favorablemente en la curacion de esa enfermedad; pero las aplicaciones locales de mercurio sobre estrechamientos avanzados y que no todos son sifilíticos, no pueden tener influencia alguna.

Reconocido el error, se buscó la curacion radical con ayuda de las mechas solas, sucesivamente más y más gruesas, que tendrian el poder de producir una irritacion que reblandeciendo el tejido cicatricial haria que éste se reabsorbiera. En esto estaba fundado el método de la dilatacion, y Dupuytren, fiel á estas ideas, aconsejaba dejar una mecha en la embocadura de los estrechamientos infranqueables de la uretra y del recto, la que por su sola presencia daria lugar á los fenómenos de la reabsorcion.

Abandonadas las mechas fueron sustituidas por las candelillas, éstas por las sondas de goma, y por fin las esponjas pre-

paradas y los tallos de laminaria fueron ensayados con éxitos dudosos: hasta un aparato dilatador, descrito por Trelat y Delens y cuyo autor ignoran estos señores, fué inventado, cuya accion se reduce á hacer una presion excéntrica obrando incesantemente sobre el estrechamiento.

Sabiendo las alteraciones que se producen en las túnicas del recto, fácil nos será darnos cuenta de la inutilidad de estos medios, pues pasada la accion del agente dilatador, cualquiera que sea, el tejido de cicatriz, el tejido fibroso que constituye la estrechez, tiende á volver sobre sí mismo, á retraerse, como es su propiedad inherente, y á reproducir por consiguiente el estrechamiento.

Este método, abandonado con razon por la generalidad de los cirujanos, es muy inferior al que hemos visto emplear á nuestros maestros con verdaderos éxitos y nada es más cierto que lo que dice Colles: "He dirigido particularmente mi atencion sobre el uso de las candelillas, y debo confesar con franqueza que no he obtenido una sola curacion duradera; no he tenido la buena suerte de encontrar un solo caso de éxito obtenido con este método por otros cirujanos sobre enfermos que yo supiera de buena fuente que estuvieran afectados de estrechamiento."

Nosotros creemos que la dilatacion gradual es un medio puramente paliativo y por lo mismo no podemos concederle la importancia que se le daba antiguamente.

Los medios peligrosos de la *dilatacion forzada* y de la *divulnios* han sido puestos en uso tambien y se han empleado

numerosos y variados instrumentos para practicarlos. Así tenemos desde las sondas duras y rígidas de volúmen considerable, de estaño, de marfil, de madera y de acero para la dilatacion forzada, como las tenazas de Cooper, el dilatador de Weis, el de Nelaton etc., y los dedos para la divulsion.

Los desastres ocasionados por estos medios decidieron á los cirujanos á abandonarlos por completo: en efecto, nada es más peligroso que forzar una vía delicada, tanto más cuanto que esta operacion tiene que hacerse á ciegas, y por muchos conocimientos que se tengan sobre la anatomía de la region, en los casos patológicos todas las relaciones cambian y se expone uno á seguir un camino peligroso que ocasiona perjuicios de consideracion al enfermo. Así se citan casos de perforacion del intestino con penetracion á la cavidad peritoneal y como consecuencia los accidentes mortales de la inflamacion de esa membrana.

La *divulsion*, hecha con ayuda de los instrumentos inventados para este objeto, no es ménos peligrosa. Las desgarraduras extensas de la pared intestinal, con ruptura de los vasos y hemorragia consecutiva, son las consecuencias inmediatas de este modo de obrar. Se debe tener en cuenta tambien el dolor, que es sumamente intenso cuando se opera sin cloroformo, y los peligros á que expone la aplicacion de este anestésico en las operaciones de esta region por los fenómenos espasmódicos locales y generalizados que se producen en tales casos. Finalmente los flegmones difusos que sobrevienen á veces en los huecos isquio-rectales y que hacen sucumbir á la mayor

parte de los enfermos, son una contraindicacion formal al empleo de estos medios.

La *cauterizacion* ha sido empleada tambien para curar los estrechamientos del recto. Se han usado desde los cáusticos de nitrato de plata, hasta el fierro rojo, y los cirujanos que la practicaban dicen haber obtenido resultados satisfactorios; pero como dice Molliére: "Que en presencia de un estrechamiento fungoso, de una ulceracion vegetante cubierta de granulaciones y que sangra al menor contacto, se recurra á las aplicaciones astringentes ó cáusticas, se comprende muy bien; pero lo que no se puede jamás imaginar es que para curar una cicatriz se empleen precisamente los métodos que son conocidos como el más seguro medio de producirla."

En el prolapso rectal el cirujano trata de estrechar el recto para correjir este accidente, y el procedimiento empleado para conseguirlo, el que surte mejor es la cauterizacion con el fierro rojo, y los que tratan de curar la atrecia rectal nos proponen ¡la cauterizacion con el mismo fierro rojo! Notable contraste. La sana práctica debe desechar todos esos procedimientos que están en contradiccion flagrante con lo que aconsejan la esperiencia y el raciocinio.

La *electrolísis* ideada por Lefort el año de 1872 y tan recomendada por el mismo autor en el "Manual de medicina operatoria de Malgaigne," es un método que debe estudiarse. La hace por medio del aparato siguiente: consiste en un cono de gutapercha bastante largo para alcanzar el estrechamiento, y muy delgado para penetrar en él y en el interior del

cual corren dos hilos de cobre que salen á la superficie, terminándose en la base del cono por un boton en donde se fijan los hilos conductores.

"Los hilos, dice Lefort, llevando sobre todo la accion de la electricidad á los puntos estrechados donde se ejerce la presion, hacen en cada aplicacion dos pequeñas escaras y la repeticion cuotidiana de este medio de tratamiento empleado durante la noche, acaba en algunos dias la seccion sobre los puntos múltiples del estrechamiento rectal."

Estamos en el caso anterior, es decir en la formacion de escaras con ayuda del termo–cauterio. Podemos decir de esto lo mismo que hemos dicho respecto de la cauterizacion: queremos curar una cicatriz provocando otra y ocasionamos al enfermo las molestias que trae consigo la accion de la electricidad sobre una region tan delicada como es el intestino recto. Sin embargo, aunque no creemos que llegue á dar resultado este método, no lo desechamos por completo pues está en estudio todavia.

La *rectotomía interna* ha sido usada por un gran número de cirujanos durante mucho tiempo. Desault, que, como hemos dicho, habia intentado la curacion de los estrechamientos sifilíticos por la aplicacion directa de los medicamentos específicos sobre la lesion, recurrió tambien al método de que tratamos en este momento y aun inventó un corta-brida especial para practicar dicha operacion. Despues de él aparecieron diversos instrumentos, entre otros el bisturí herniario de Cooper, el rectótomo de d'Amussat, el de Tillaux, etc.; pero todos

estos instrumentos han sido destronados por el simple bisturí abotonado que se guia con el índice y con el que hay más seguridad, al decir de los autores, en la profundidad y extension de las incisiones que se practican.

Esta operacion puede hacerse de distintas modos: 1º: cortando el estrechamiento en todo su espesor pasando los límites del intestino; 2º limitándose á cortar solamente los tejidos cicatriciales sin dividir completamente las paredes del intestino; 3º haciendo la excision de una parte del estrechamiento, y 4º practicando la debridacion múltiple con ayuda de pequeñas incisiones superficiales.

Este método, como se comprende fácilmente, presenta sérios inconvenientes y puede dar lugar á accidentes terribles que vamos á señalar.

Para poder practicar esta operacion es necesario que la estrechez esté situada muy cerca del ano y en ningun caso, deben hacerse las incisiones por la parte anterior pues podrian interesar los órganos genitales en la mujer y las vesículas seminales ó la vegiga en el hombre.

Cualquiera que sea el instrumento que se emplee y de cualquier modo que se hagan las incisiones, deben atraer fatales resultados. Al interesar las paredes del intestino se producen esos vastos derrames de materias estercolares ó de gases en el tejido celular pelviano que ocasionan flegmones que supuran casi siempre y que son muy difíciles de curar.

La hemorragia es otro de los accidentes que se deben temer: ésta puede ser interna ó bien hacerse del lado del tejido ce-

iular. En el primer caso es muy difícil de contener y pone en peligro la vida del paciente; en el segundo se producen vastas equimósis que supuran muy fácilmente y que lo exponen á una terminacion fatal.

La lesion ó herida del peritonéo, muy grave como se debe suponer, puede tambien presentarse, pues esta maniobra es ciega y es por consiguiente fácil, con el menor descuido, alcanzar esta membrana, herirla y provocar una peritonitis sobreaguda que puede terminarse con la muerte en un gran número de casos.

Las incisiones múltiples superficiales, aquellas que tienen por objeto dividir exclusivamente el tejido que constituye la estrechez, ayudadas de la dilatacion por medio de mechas, son un recurso muy poco útil, pues además de la dificultad que hay para cortar determinada profundidad de tejidos, por no poderse limitar de antemano el tejido enfermo, si llega á conseguirse por la gran destreza que suponemos en los operadores, la estrechez se reproduce, es decir, se vuelven á cicatrizar los tejidos cortados.

La *rectotomía externa* consiste en dividir al mismo tiempo el estrechamiento y los esfínteres del ano, en todo su espesor, de manera á producir una vasta herida triangular, cuya cicatrizacion se puede dirigir convenientemente. Muchas veces se ha hecho esta operacion al practicar la de las fístulas del ano; pero parece que el primero que la describió, para el tratamiento de las estrecheces del recto, fué Panas. Este cirujano la practicaba por medio de un bisturí que introducia en

el recto, sirviéndole de guia el dedo índice de su mano izquierda y despues de haber pasado la estrechez, hacia girar el bisturí dirigiendo el filo hácia atrás y dividia completamente todos los tejidos hasta la piel.

Despues se ha abandonado la seccion con el bisturí y se ha recurrido á la estrangulacion lineal ó á la ligadura elástica. Verneuil es el autor de la rectotomía lineal que lleva su nombre, y la hace con ayuda del constrictor de Chassaignac. Este es el método que hemos visto emplear al sabio profesor de clínica externa de nuestra Escuela, Sr. Dr. Rafael Lavista, quien lo ha modificado del modo que diremos al hacer la descripcion de este procedimiento, tal como se lo hemos visto practicar.

Pero ántes citaremos textualmente la que hace el mismo Verneuil de su procedimiento. Dice así: "Estando dormido el enfermo y acostado en el decúbito lateral, se introduce en el recto el índice izquierdo, cuya primera falange, doblada en ángulo recto, pasa el estrechamiento y lo engancha. Entónces se introduce un trócar á traves de la piel, á dos centímetros próximamente de la punta del cóxis sobre la línea media y se perfora el recto sobre la pulpa del índice á algunos centímetros arriba del estrechamiento. Retirado el primero, se desliza en la cánula una candelilla fina que suba muy arriba en el recto y que se hace salir por el ano. Quitada la cánula, esta candelilla es reemplazada por la cadena del constrictor y se obra entónces como si se tratara de una fístula de ano ordinaria."

Pues bien: en estos casos se supone que es fácil pasar la extremidad del índice arriba del estrechamiento; pero no siempre sucede esto, en cuyo caso se expone uno al obrar á ciegas, es decir, no conociendo la extension de aquel, á dividirlo incompletamente, como ha sucedido algunas veces. Por esto es que nuestro distinguido maestro el Sr. Dr. Lavista procede como sigue: Despues de haber cloroformizado al enfermo, y colocado éste convenientemente en el borde de la mesa de operaciones, como para la talla, separadas las piernas, dobladas sobre los muslos y sostenidas por ayudantes, introduce el índice en el recto y en el caso de no poder franquear la estrechez, hace una ligera divulsion de ella por medio del dilatador de tres ramas de Desprèz, que permite darse cuenta de la altura y extension del estrechamiento, al mismo tiempo que dá paso al trócar ó á su cánula despues de hecha la puncion.

En seguida procede á hacer ésta por medio de un trócar curvo que ofrece algunas ventajas: la primera es su forma, que permite hacer el deslizamiento fácilmente en el intestino; la segunda es que se puede ocultar en su cánula con ayuda del mecanismo que tiene en el mango, y la última es una ranura que ofrece en su extremidad y en donde se engancha un hilo encerado, al que se sujeta la cadena del constrictor de Chassaignac. Teniendo el dilatador en el ano, hace la puncion en medio del espacio comprendido entre la punta del cóxis y el borde del ano, arriba de la estrechez, y llegado al intestino, oculta el trócar, bascula la cánula hasta que sale del ano, en-

tónces hace aparecer de nuevo el tróear, ata á él el hilo que lleva la cadena y obrando en sentido inverso, hace recorrer á estos instrumentos el camino que trajo el tróear al entrar. Pasada ya la cadena, arma el constrictor y procede á hacer la seccion conforme á las reglas dadas para manejar este instrumento. Terminada ésta, hace una curacion antiséptica en el fondo de la herida, la que vigila constantemente hasta su completa cicatrizacion.

Operando de este modo se obtienen las ventajas siguientes: En primer lugar hay la seguridad de seccionar el estrechamiento en toda su extension, devolviendo inmediatamente al intestino la libertad de recobrar las funciones que le están encomendadas, es decir, permite el paso á las materias escrementicias que ántes se acumulaban arriba del punto estrechado y provocaban una inflamacion de la mucosa rectal.

Cortado el esfínter, cesa el espasmo poderoso que provoca ese músculo en ciertas circunstancias, y al hacerse la cicatrizacion, la parte del músculo seccionado es reemplazada por tejido fibroso, transformándose de este modo el esfínter en un músculo digástrico perfectamente útil para su objeto.

No hay hemorragia, pues se sabe que el constrictor cierra los vasos y por consiguiente no dá lugar nunca á ella.

Se evitan las infiltraciones de materias estercolares ó de gases en el tejido celular, que son orígen de esos flegmones que hemos citado y que tienen tanta gravedad.

Por último, teniendo el cirujano á la vista la herida que ha hecho y siendo accesible ésta á todos los medios de cura-

cion, se puede asearla perfectamente y dirigir su cicatrizacion, procurando que ésta se haga del fondo á la superficie. De este modo se consigue dar al canal la amplitud bastante para llenar su objeto y evitar las grandes molestias y áun los peligros á que están expuestos los desgraciados enfermos afectados de esta lesion.

En resúmen: como medio operatorio ofrece las ventajas que le hemos señalado, y en cuanto á sus resultados, en una inmensa mayoría de casos son satisfactorios.

Cuatro son los enfermos afectados de estrechamiento del recto que he visto operar por medio de la rectotomía externa: en los tres primeros la enfermedad era de naturaleza sifilítica, en el último era la consecuencia de la extirpacion de las hemorroides; en todos ellos se habian ensayado, por otros cirujanos, diversos tratamientos sin obtener resultado alguno. Al ser operados se han curado radicalmente.

Antes de terminar debemos decir algunas palabras respecto de las diferentes maneras de hacer el corte.

Unos cirujanos cortan la piel por medio del cuchillo del termo-cauterio y los demás tejidos con el constrictor. Otros seccionan la piel por medio del bisturí y terminan como los anteriores. Los más hacen el corte de los tejidos, comprendiendo la piel, con sólo el constrictor.

Por último, se ha aconsejado y practicado esta operacion por medio de la ligadura elástica, y Allingham, que ha recurrido á ella, dice haber obtenido buen éxito de su empleo. Entre nosotros, el respetable Sr. Dr. Agustin Andrade ha operado

algunos estrechamientos por medio de la ligadura elástica, encontrándole las ventajas siguientes, que ha tenido la amabilidad de comunicarme: 1ª En el caso de que exista fístula, no se necesitan más instrumentos que un estilete-aguja y un tubo de goma; 2ª, como el dolor que provoca la constriccion por el tubo elástico es poco considerable, no hay necesidad de recurrir á la anestesia; 3ª, no interrumpe las funciones del intestino y no necesita curacion diaria, y por último, es una operacion que puede hacer el cirujano sólo, sin necesidad de ayudantes. Por lo mismo es un medio que se recomienda sólo, y que acaso más tarde llegue á ocupar el puesto que le corresponde en la cirujía.

He concluido, señores; tengo el desconsuelo de no haber podido presentar un trabajo digno de la ilustracion de mis respetables jueces, quienes con la indulgencia que los caracteriza perdonarán, no lo dudo, las faltas en que haya podido incurrir en este trabajo, el último de los alumnos de la Escuela, que aspira al honroso título de Médico Cirujano de la Facultad de México.

Juan Martinez del Campo.

México, Mayo de 1885.